



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.
 TEL. 2132-6890, FAX 21-32-6891



ORDEN DE COMPRA N°267

FECHA: 24 DE NOVIEMBRE DE 2017
 SEÑORES: DROGUERIA SAIMED, S.A DE C.V. NIT:
 FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
 FORMA DE PAGO: CREDITO TEL: 2243-8620 Y 2243-8486 FAX:
 DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS DE: 8:00am. A 11:30pm. Y 1:30pm. A 3:00pm.
 SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
350	CEFADROXILO (MONOHIDRATO) 250 MG /5ML POLVO PARA SUSPENSION ORAL FRASCO DE 60 ML CON DOSIFICADOR MARCA: SAIMED ORIGEN: INDIA VENCIMIENTO: OCTUBRE 2,019. FAVOR TRAMITAR FACTURA ANTES DEL 5 DE DICIEMBRE TOTAL ENTREGA: 5 DIAS CALENDARIO USO EN: Hospitalización	C/U	\$2.00	\$700.00
				<u>\$700.00</u>

N°cotiz. 2
 Solic. 80-824/2017
 sell.

NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.

D. Pineda 24/11/17 2:21pm

NOTA: Sr. Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de lo siguiente:
 1. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
 2. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en **DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS**.
 3. Favor mencionar el número de la Orden de compra
EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA
 Nota: se le comunica que para agilizar el pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera nota autorizando al hospital su pago via electronica a través del BANCO DAVIVIENDA, indicando el Nombre y número de cuenta

FECHA	FIRMA	VALOR	ESPECIFICO
01/12/17	<i>[Signature]</i>	\$700.00	54108

[Signature]

ADMINISTRACION